



**Encontros  
Desafios da Enfermagem na  
Atenção Primária**

 **Coren<sup>SC</sup>**  
Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina

**Política Nacional de Atenção Básica e as Implicações para Atenção Primária à Saúde**

## QUANDO SURTIU NO BRASIL

- Esta estratégia foi iniciada em junho de **1991**, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (**PACS**).
- Em **1994**, por iniciativa do MS, foram formadas as primeiras Equipes do Programa de Saúde da Família (**PSF**), incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários.
- A Estratégia de Saúde da família (**ESF**) se consolidou em **2006**.

Política de saúde que incorpora e **reafirma princípios básicos** do SUS para AB, destacando-se:

- ✓ Universalização.
- ✓ Eqüidade no acesso.
- ✓ Integralidade de ações.
- ✓ Participação da comunidade.

# POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

PNAB - disposta no anexo XXII, da Portaria de consolidação nº 2 de 28/09/2017. |

PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.350, de outubro de 2006, que regulamenta o § 9º do Art. 105 da Constituição, dispõe sobre o aprimoramento do pessoal temporário pelo Parágrafo Único do Art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006;

Considerando o Decreto Presidencial nº 6.288 de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE), no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90;

Considerando a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 25 de dezembro de 2009, que trata do processo de integração das ações de vigilância em saúde e atenção básica;

Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Portarias nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2008, nº 90/GM, de 17 de janeiro de 2008 e nº 2.320/GM/MS, de 03 de dezembro de 2008, que estabelecem os municípios que poderão receber recursos diferenciados da ESF;

Considerando a Portaria nº 2.143/GM/MS, de 8 de outubro de 2008 - Cria o incentivo financeiro, referente a custos de controle da rotina diária de Equipes de Atenção Básica para realizar, simultaneamente, ações de controle da rotina diária em Equipes de Saúde da Família (ESF);

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, considerando;

Considerando a experiência acumulada do Controle Social da Saúde à necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as reiteradas demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento, conforme o art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

Considerando a Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal;

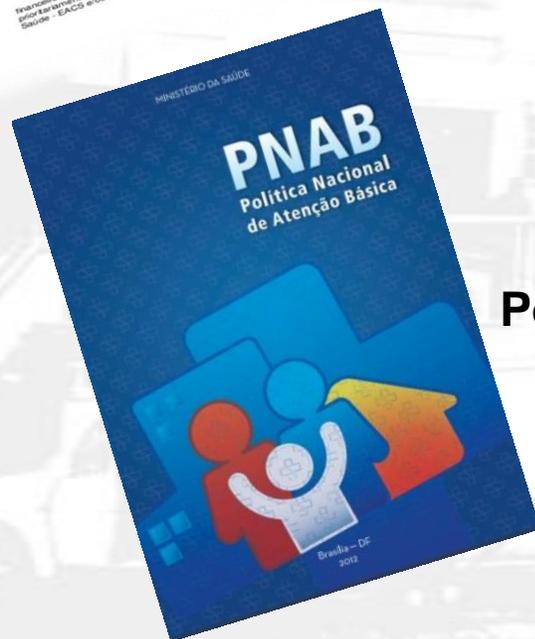
Considerando a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, alterando a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 21 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa;

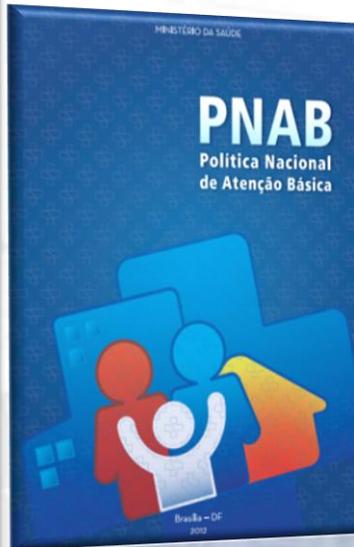
Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de

ATUALIZAÇÃO

Portaria 2488 de 21/10/11 e 2436 de 21/09/2017 (revogadas por consolidação)



# Política Nacional de Atenção Básica



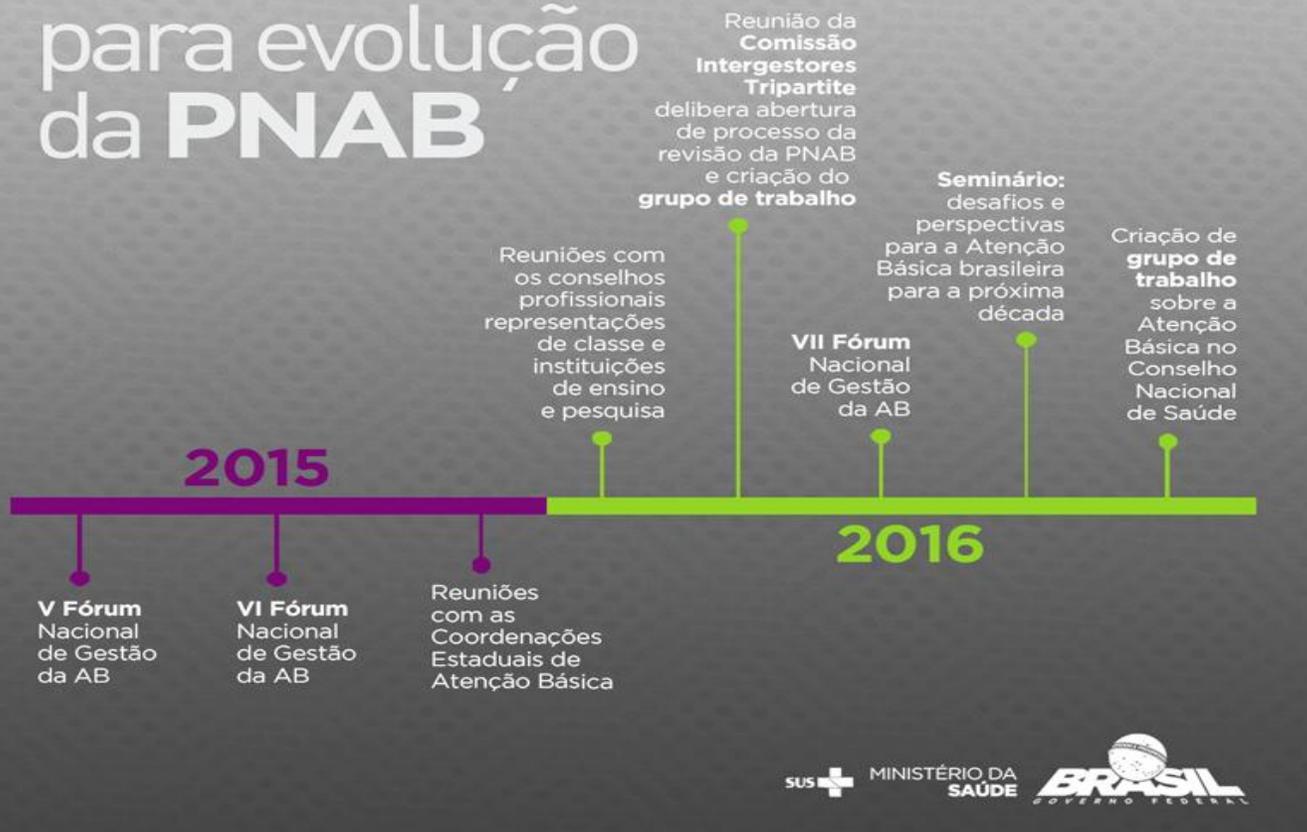
## **Art. 1º Parágrafo Único.**

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 1º, Parágrafo Único)

## **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA**

**PNAB - disposta no anexo XXII, da Portaria de consolidação nº 2 de 28/09/2017.**

# Caminhos para evolução da PNAB



2017

- GT CIT + Plenário CIT;
- GT CNS + Plenário CNS;
- Debates com trabalhadores do DAB;
- Consulta Pública – 28/07 a 10/08;
- **Aprovação na CIT 31/08/2017.**

Linha do tempo: O tempo de revisão da PNAB (2006-2011-2017); - toda política pública deve ser aprimorada na direção daquilo que pretende produzir.

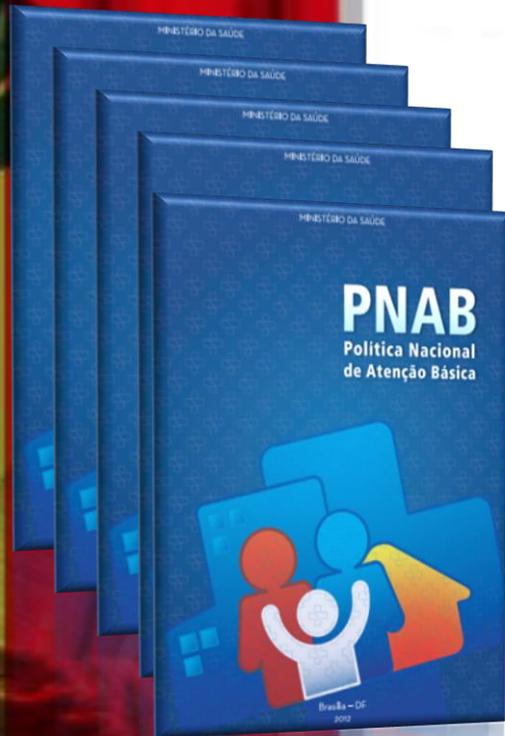


# Política Nacional de Atenção Básica

- A **PNAB** atualizou conceitos da política e introduziu elementos ao papel desejado da **AB** na ordenação da Rede de Atenção à Saúde.
- Afirmção de uma **AB** acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado dos usuários nas RAS.

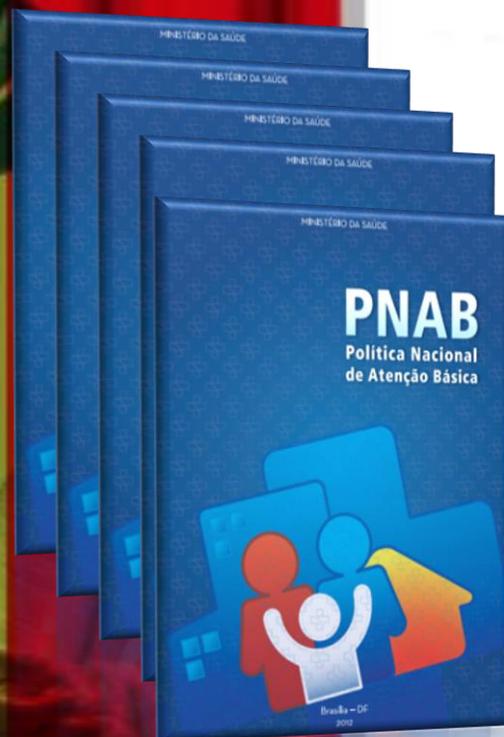


Disposta no Anexo XXII, da Portaria de consolidação nº 2 de 28/09/2017



## Principais mudanças na PNAB 2017

- Estratégia Saúde da Família/Equipe de Atenção Básica
- Agentes Comunitários de Saúde
- Integração da AB e VS
- Oferta nacional de serviços essenciais e ampliados
- Gerente de atenção básica
- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica



Disposta no Anexo XXII, da Portaria de consolidação nº 2 de 28/09/2017

## A Estratégia Saúde da Família é modelo prioritário para atenção básica no Brasil

**Art. 4º** A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

**Parágrafo único.** Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham **caráter transitório**, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família.

**Art. 5º** A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade. **“ território é vivo”**

**Art. 6º** Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com esta portaria serão **denominados Unidade Básica de Saúde – UBS.**

**Parágrafo único.** Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS.

## Equipe de Saúde da Família (eSF)

| PNAB 2011  | PNAB 2017  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- EAB não era reconhecida;</li><li>- EAB não tinha financiamento federal;</li><li>- Município podia compor da forma que lhe fosse conveniente, incluindo definição de composição e carga horária;</li><li>- EAB não enviava produção de saúde.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- EAB passa a ser reconhecida;</li><li>- EAB deve atender aos princípios e diretrizes da AB;</li><li>- EAB tem caráter transitório em direção à ESF;</li><li>- Definida carga horária mínima semanal (40h) e composição das equipes (máximo 3 profissionais por categoria / CH mínima 10h)</li></ul> |

## Equipe de Saúde da Família (eSF)

### Funcionamento:

**Carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.**

**i.-** População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica;

**ii) -** 4 (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo;

**iii) -** Fica estipulado para cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, conforme a seguinte fórmula:  $\text{População}/2.000$ .

## ACS E ACE – INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA

| PNAB 2011  | PNAB 2017  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- ACE não compunha ESF/EAB;</li><li>- Processo de trabalho e território diferentes;</li><li>- ACS obrigatório na ESF (1 para cada 750 pessoas; máximo de 12 por equipe) e facultativo na EAB;</li><li>- EACS sem definição de quantidade mínima de ACS;</li><li>- Sem atribuições dos ACE;</li><li>- 8 atribuições dos ACS;</li><li>- Coordenação do trabalho do ACS apenas pelo enfermeiro;</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- ACE pode ser membro da ESF/EAB;</li><li>- Território único e planejamento integrado das ações;</li><li>- ACS obrigatório na ESF (quantidade a depender da necessidade e perfil epidemiológico local / em áreas de vulnerabilidade, 1 para máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da população / excluído máximo por equipe) e facultativo na EAB;</li><li>- EACS com quantidade a depender da necessidade e perfil epidemiológico local;</li><li>- Incorpora as atribuições do ACE (Lei 11.350) e acrescenta 11 atribuições comuns ACE e ACS;</li><li>- Amplia as atribuições dos ACS (12);</li><li>- Coordenação do trabalho do ACS passa a ser responsabilidade de toda a equipe (nível superior);</li><li>- Inseridas ações de integração da AB e Vigilância.</li></ul> |

A integração das ações de Vigilância em Saúde com Atenção Básica, pressupõe a reorganização dos processos de trabalho da equipe, a integração das bases territoriais (território único), preferencialmente e rediscutir as ações e atividades dos agentes comunitários de saúde e do agentes de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades.



**Atenção Básica (PNAB, 2017):** conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e Vigilância em Saúde

**Vigilância em Saúde (PNVS, 2018):** processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças

- Vigilância Epidemiológica
- Vigilância Sanitária
- Vigilância em Saúde Ambiental
- Vigilância em Saúde do Trabalhador

## GUIA PNAB - Módulo 1: Integração AB e VS

[http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia\\_pnab](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_pnab)



## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| APRESENTAÇÃO                                 | 5  |
| TERRITÓRIO                                   | 9  |
| ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES INTEGRADAS DE TRABALHO | 25 |
| FERRAMENTAS DE TRABALHO                      | 45 |
| INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO                       | 59 |
| REFERÊNCIAS                                  | 65 |
| EQUIPE TÉCNICA                               | 67 |

## Composição das equipes

| PNAB 2011   | PNAB 2017   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- ESF mínima: médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, ACS;</li><li>- ESF complementar: saúde bucal, NASF;</li><li>- EAB não havia definição – a critério do gestor local.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- ESF mínima: médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, ACS;</li><li>- ESF complementar: ACE, saúde bucal, NASF;</li><li>- EAB deve seguir parâmetros da ESF,</li></ul> |

**Equipe de Saúde da Família (eSF):** Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Para equipe de Saúde da Família, **há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF.**

**Equipe da Atenção Básica (eAB):** As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias.

**A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.**

## NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

| PNAB 2011   | PNAB 2017  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família;</li><li>- NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) podia se vincular apenas às eSF;</li><li>- 3 modalidades;</li><li>- 19 CBO podem compor os NASF;</li><li>- Continha descrição do processo de trabalho do NASF;</li><li>- Definia os valores de implantação e custeio;</li><li>- Parâmetros de vinculação: NASF 1(5-9 ESF); NASF 2 (3-4 ESF); NASF 3 (1-2 ESF).</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- NASF-AB = Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica;</li><li>- NASF-AB pode se vincular às eSF e EAB;</li><li>- 3 modalidades;</li><li>- 19 CBO podem compor os NASF-AB;</li><li>- Não contém descrição do processo de trabalho do NASF-AB, considerando que este é disciplinado em CABs (39) e normativas específicas;</li><li>- Valores de implantação e custeio serão normatizados em portarias específicas;</li><li>- Parâmetros de vinculação mantidos: NASF 1(5-9 ESF/EAB); NASF 2 (3-4 ESF/EAB); NASF 3 (1-2 ESF/EAB).</li></ul> |

Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica).

Compete especificamente à Equipe NASF-AB:

- a.** Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;
- b.** Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, ...
- c.** Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, ..

## Gerente de Atenção Básica

| PNAB 2011                          | PNAB 2017   |
|------------------------------------|---|
| - Não reconhecia este trabalhador. | - Reconhece a figura do gerente de UBS, recomendando sua inserção na equipe, a depender da necessidade local;<br>- Gerente de AB deve ter nível superior, preferencialmente da área da saúde. Caso seja enfermeiro, a UBS deverá ter outro enfermeiro para as ações de cunho clínico. |

- A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

## Oferta Nacional de Serviços e Ações Essenciais e Ampliados da AB

| PNAB 2011      | PNAB 2017   |
|----------------|---|
| - Não possuía. | - A oferta de ações e serviços da Atenção Básica deverá estar disponível aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização, conforme padronização pactuada nas instâncias gestoras.; |

**Para que as equipes que atuam na Atenção Básica possam atingir seu potencial resolutivo, de forma a garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso, é necessário adotar estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados na UBS, de forma que seja compatível com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita, seja por meio da Estratégia Saúde da Família ou outros arranjos de equipes de Atenção Básica (eAB), que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios**

## Territorialização / Vínculo

| PNAB 2011                                 | PNAB 2017                                     |
|---|---|
| - Usuário só podia se vincular a uma UBS. | - Usuário pode se vincular a mais de uma UBS. |

- ✓ Possibilitar, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência;
- ✓ Toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos.
- ✓ As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta dos usuários, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas.

## Segurança do paciente

| PNAB 2011      | PNAB 2017   |
|----------------|---|
| - Não possuía. | - Incorpora o debate em torno da segurança do paciente no âmbito da AB, como atribuições de todos os membros da equipe. |

- Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB, estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos.

## Regulação

| PNAB 2011   | PNAB 2017   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Tratado de forma superficial (aparece 3 vezes).</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Acrescenta, nas atribuições dos membros da equipe, a função de participar e contribuir com os processos de regulação do acesso a partir da AB;</li><li>- Sinaliza o Telessaúde e a utilização de protocolos como ferramentas de apoio e aperfeiçoamento do processo de regulação.</li></ul> |

A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade:

- Ordenar o fluxo** das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;
- Gerir a referência e contrarreferência** em outros pontos de atenção; e
- Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.**

Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente.

## Pontos de apoio

| PNAB 2011  | PNAB 2017  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Não há referência.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Reconhece os pontos de apoio como estrutura física que compõe a AB/SUS para atendimento às populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.);</li><li>- Destaca que os pontos de apoio devem respeitar as normas gerais de segurança sanitária, bem como ser um local de acolhimento humanizado para a população.</li></ul> |

## Carga horária

| PNAB 2011   | PNAB 2017  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- ESF 40h + 5 tipos de ESF (equipes com composição de carga horária e transitória);</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- ESF 40h para todos os membros + EAB 40h por categoria profissional (máx. 3 profissionais por categoria, mínimo de 10h/semana).</li></ul> |

## Apoio institucional

| PNAB 2011  | PNAB 2017  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Considerado apenas como ferramenta de gestão do trabalho;</li><li>- Sinalizado nas competências dos entes.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Reconhece o Apoio Institucional também como ferramenta de educação permanente;</li><li>- Mantém-se nas competências dos entes.</li></ul> |

- **Entende-se que o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano.**
- **Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias.**

## Educação permanente e Formação em Saúde

| PNAB 2011  | PNAB 2017   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- EP distribuída ao longo do texto, não versava sobre formação em saúde (ensino na saúde);</li><li>- Não abordava espaço físico para tais ações;</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- EP distribuída ao longo do texto, versa sobre formação em saúde que deve ser incorporada no processo de trabalho das equipes;</li><li>- Sinaliza a importância de estrutura física e ambiência que comporte os processos de EP e formação em saúde;</li><li>- Incorpora a temática do ensino na saúde – integração ensino-serviço, destacando o papel da AB como locus de formação na graduação e residência, de pesquisa e extensão.</li></ul> |

## Credenciamento

| PNAB 2011  | PNAB 2017   |
|--|---|
| - Não constava sobre credenciamento das equipes. | - Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde , num <u>prazo máximo de 4 (quatro) meses, a partir da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido.</u> |

## Sistema de Informação da AB

| PNAB 2011       | PNAB 2017 |
|-----------------|-----------|
| - Sem alteração |           |

# Política Nacional de Atenção Básica - PNAB

## • TIPOS DE EQUIPES:

Equipe de Saúde da Família (eSF):

Equipe da Atenção Básica (eAB):

Equipe de Saúde Bucal (eSB):

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

## • ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:

Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira;

Equipe de Consultório na Rua (eCR);

Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP).

( ANEXO I do ANEXO XXII – PNAB – Operacionalização)

PNAB - disposta no anexo XXII, da Portaria de consolidação nº 2 de 28/09/2017. |

## Política Nacional de Atenção Básica - PNAB

Deverá estar afixado em local visível, próximo à entrada da UBS (ANEXO I do ANEXO XXII – PNAB – Operacionalização):

- ✓ Identificação e horário de atendimento;
- ✓ Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe;
- ✓ Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS;
- ✓ Relação de serviços disponíveis; e
- ✓ Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

## O processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

**I - Definição do território e Territorialização** - A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade;

**II - Responsabilização Sanitária** - Papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adstrição);

**III - Porta de Entrada Preferencial** - A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

**IV - Adscrição** de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação;

PNAB - disposta no anexo XXII, da Portaria de consolidação nº 2 de 28/09/2017. |

## O processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

**V- Acesso** - A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal, sem diferenciações excludentes;

**VI - O acolhimento** deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas;

**VII - Trabalho em Equipe Multiprofissional** - Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário;

**VIII- Resolutividade** - Capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários.

PNAB - disposta no anexo XXII, da Portaria de consolidação nº 2 de 28/09/2017. |

## O processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

**VIII - Promover atenção integral**, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população;

**IX - Realização de ações de atenção domiciliar**, destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma UBS;

**X - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde**, de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência;

PNAB - disposta no anexo XXII, da Portaria de consolidação nº 2 de 28/09/2017. |

## O processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

**XI - Implementação da Promoção da Saúde**, como um princípio para o cuidado em saúde, entendendo que, além da sua importância para o olhar sobre o território e o perfil das pessoas, considerando a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe, contribui também para a qualificação e diversificação das ofertas de cuidado;

**XII - Desenvolvimento de ações de prevenção** de doenças e agravos em todos os níveis de acepção deste termo (primária, secundária, terciária e quaternária), que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho;

PNAB - disposta no anexo XXII, da Portaria de consolidação nº 2 de 28/09/2017. |

## O processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

XIII - Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB, devem ser sistematizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população;

XIV - Desenvolver ações intersetoriais, em interlocução com escolas, equipamentos do SUAS, associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade;

XV - Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde;

XVI - Participação do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

PNAB - disposta no anexo XXII, da Portaria de consolidação nº 2 de 28/09/2017. |

## O processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

**XVII - Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB**, estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos;

**XVIII - Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social**, participando dos conselhos locais de saúde de sua área de abrangência;

**XIX - Formação e Educação Permanente em Saúde**, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica. Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS) a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde;

PNAB - disposta no anexo XXII, da Portaria de consolidação nº 2 de 28/09/2017. |

**Seção I**  
**Das Responsabilidades**  
**(Origem: PRT MS/GM 2436/2017, CAPÍTULO I)**

Art. 7º São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º)

II - apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, II);

VI - estabelecer, nos respectivos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, VI)

Art. 8º Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de Atenção Básica no âmbito da União, sendo responsabilidades da União: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º)

I - definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, I)

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, II)

III - destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, III)

**Seção I**  
**Das Responsabilidades**  
**(Origem: PRT MS/GM 2436/2017, CAPÍTULO I)**

Art. 9º Compete às secretarias estaduais de saúde e ao Distrito Federal a coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos estados e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º)

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, II);

VII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, VII)

**Seção I**  
**Das Responsabilidades**  
**(Origem: PRT MS/GM 2436/2017, CAPÍTULO I)**

Art. 10. Compete às secretarias municipais de saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos municípios e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10)

III - organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, III);

XVIII - organizar o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XVIII);

XIX - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XIX);

## **4- ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**

### **4.1. Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:**

**Participar do processo de territorialização** e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

**Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita**, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

**Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica**, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

**Prever nos fluxos da RAS** entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

**Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;**

**Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica**, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

**Realizar atenção domiciliar a pessoas** com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

**Articular e participar das atividades de educação permanente** e educação continuada;

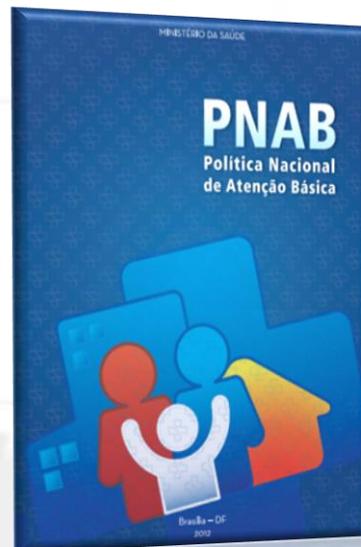
**Realizar ações de educação em saúde à população adscrita**, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

PNAB - disposta no anexo XXII, da Portaria de consolidação nº 2 de 28/09/2017. |

#### **4.2.1 – Enfermeiro:**

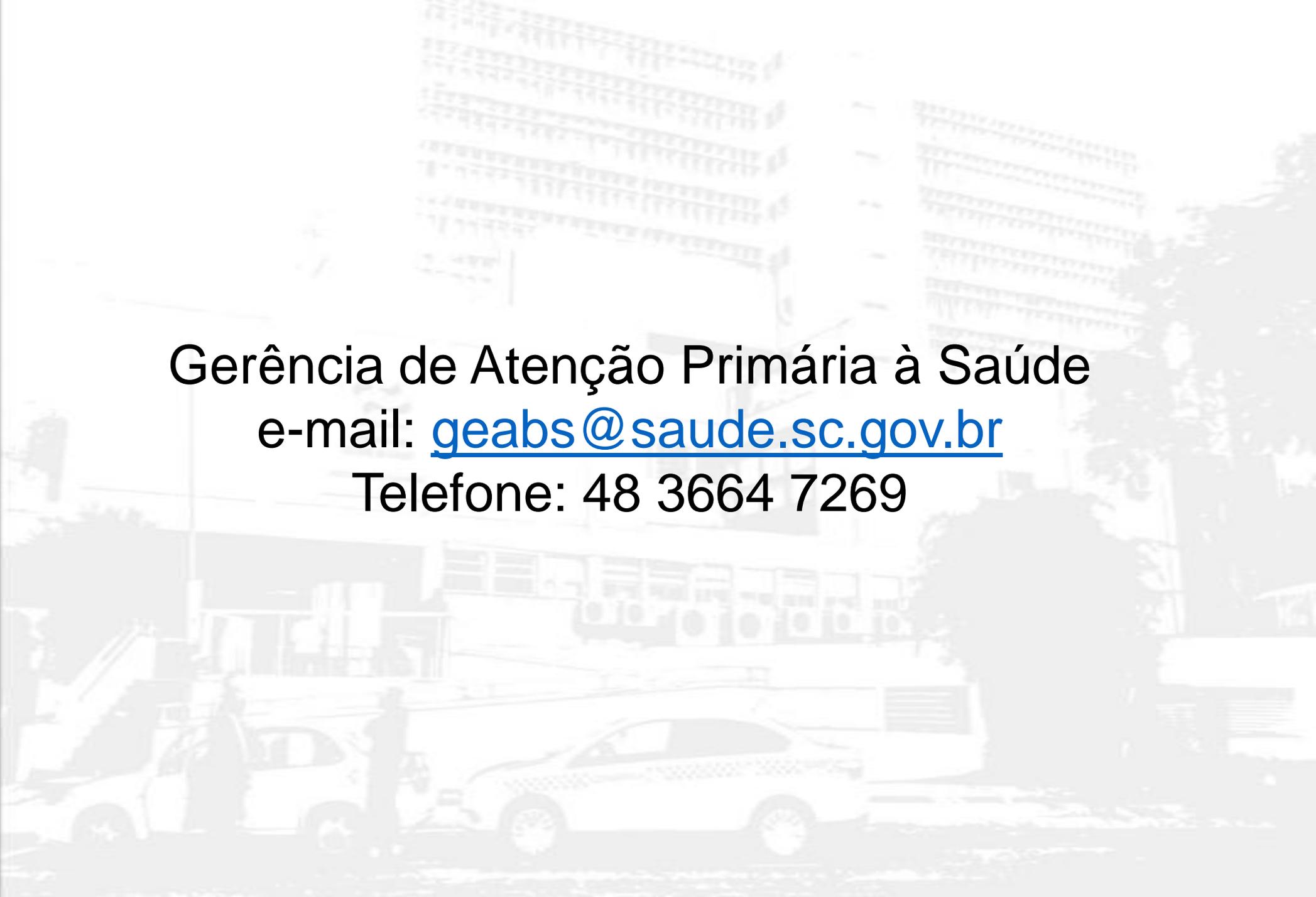
- I.- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes** e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas** técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III.-** Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- IV.-** Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- V.-** Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- VI.-** Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII.-** Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII.-** Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
- IX.-** Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

# Política Nacional de Atenção Básica

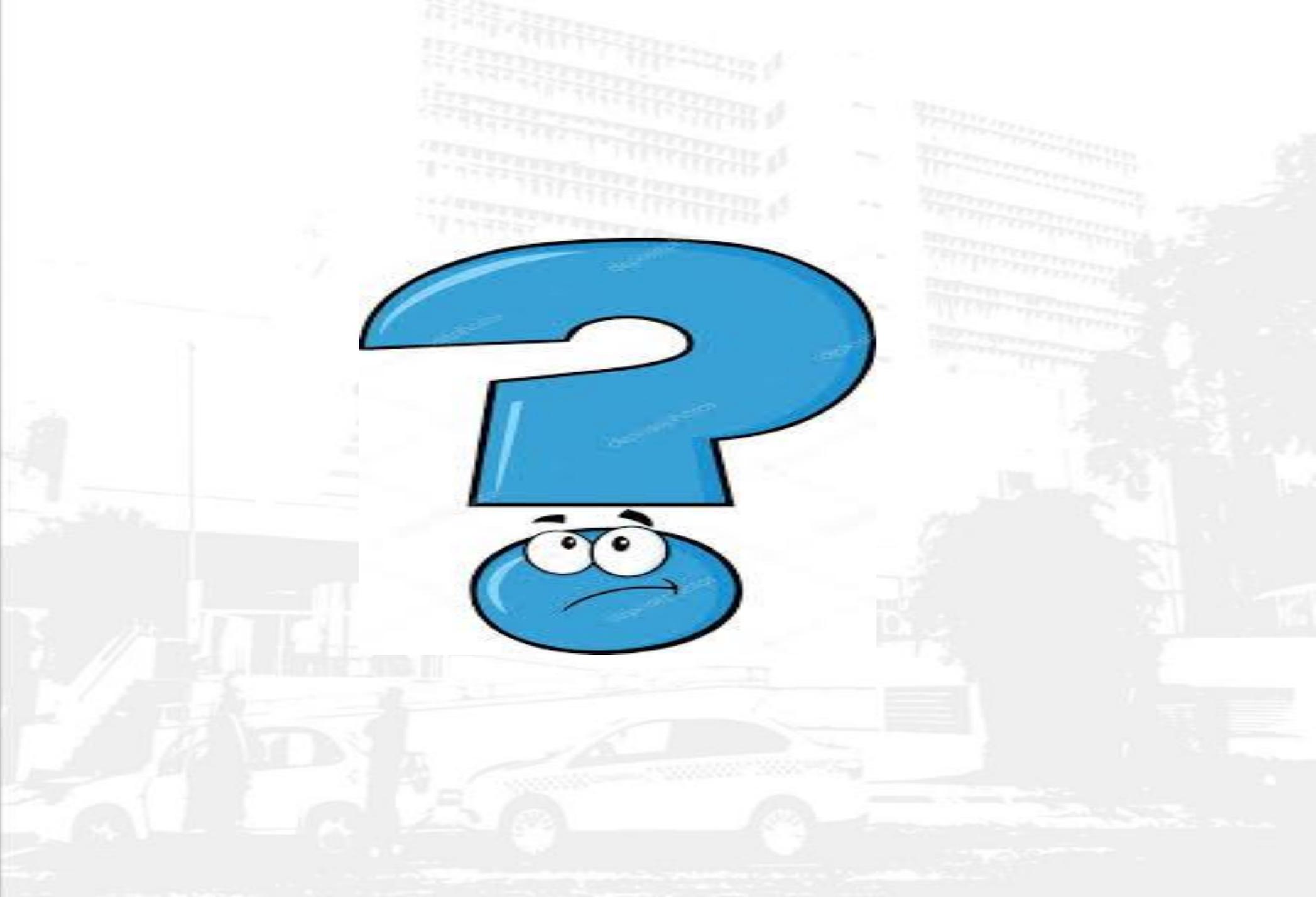


Política de  
Atenção Básica  
do Estado de  
Santa Catarina

Política de Atenção Básica do Estado de Santa Catarina ( em processo de construção)



Gerência de Atenção Primária à Saúde  
e-mail: [geabs@saude.sc.gov.br](mailto:geabs@saude.sc.gov.br)  
Telefone: 48 3664 7269



GOVERNO DE  
**SANTA CATARINA**  
SECRETARIA DE ESTADO  
DA SAÚDE



GOVERNO DE  
**SANTA CATARINA**  
SECRETARIA DE ESTADO  
DA SAÚDE

